UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 51

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Tumeurs bénignes de la Valvule Iléo-cœcale

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1948

PAR

Gabriel LAVERGNE

MEMBRES DU JURY... MM. FABRE Pierre, *Président.*
CALVET
VIRENQUE *Assesseurs.*
DARNAUD
DIEULAFÉ, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (R. LION)
2 Rue Romiguières, 2

1948

CONTRIBUTION A L'ETUDE

des Tumeurs bénignes

de la

Valvule Iléo-cœcale

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	N.
Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie Médicale	VALDIGUIE.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Oto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 51

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Tumeurs bénignes de la Valvule Iléo-cœcale

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1948

PAR

Gabriel LAVERGNE

MEMBRES DU JURY... MM. FABRE Pierre, *Président.*
CALVET
VIRENQUE *Assesseurs*
DARNAUD
DIEULAFÉ, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (R. LION)
2 Rue Romiguières, 2

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

en témoignage de filiale reconnaissance.

A MA CHÈRE FEMME

A MES DEUX FILS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur Pierre FABRE

Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires.

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui nous a inspiré ce travail.

En témoignage de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur CALVET

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique.
Doyen de la Faculté de Médecine. Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté.
Chargé de la Direction de la Clinique Chirurgicale Infantile.

Monsieur le Professeur DARNAUD

Professeur Agrégé à la Faculté.

Monsieur le Professeur DIEULAFE

Professeur Agrégé à la Faculté.

que nous remercions pour l'honneur qu'il nous ont fait en acceptant de siéger à notre Jury de thèse.

A Monsieur le Docteur OLLE

Chef de Clinique à la Faculté.

qui nous fut d'un grand secours pour l'élaboration de ce travail.

Avec nos sincères remerciements pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

Introduction

Les tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale sont d'une rareté extrême.

Cette rareté même fait que la plupart des auteurs ont étudié simultanément les tumeurs bénignes de la valvule de Bauhin, de l'appendice et du cœcum, ces dernières étant de loin les plus fréquentes, et les ont réunies sous le vocable de tumeurs bénignes iléo-cœcales ou de tumeurs bénignes du cœcum.

Le nombre de celles-ci est encore infime comparé à celui de cancers ou de la tuberculose de même siège.

Notre Maître, M. le Professeur Pierre Fabre, a bien voulu mettre à notre disposition une observation toute récente de tumeur bénigne de la valvule de Bauhin.

Dans ce travail qu'il nous a inspiré, nous chercherons à individualiser les tumeurs ayant leur origine uniquement sur cet organe.

L'historique ne pourra qu'être bref, les études de ces lésions ayant toujours été rares et parcellaires.

Cependant, Santy en 1925, Theis en 1928, R. Denis et P. Colson en 1934, et E. Desmarest

en 1939 ont publié quatre observations qui nous permettront de voir les divers aspects de ces tumeurs.

Nous envisagerons successivement :

1. **L'anatomie pathologique** des tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale. Leurs caractères anatomiques seront étudiés en dehors des complications, et au cours de celles-ci.

2. **La symptomatologie,** irrégulière, capricieuse, latente ou aiguë, et qui devra surtout amener une indication d'intervenir.

a) Symptomatologie en dehors des complications.

b) Symptomatologie au cours des complications :

— complications mécaniques :
occlusion,
invagination;
— complications inflammatoires;
— complications de dégénérescence.

3. Les observations recueillies suivront l'exposé clinique.

4. Dans le traitement enfin, nous essayerons d'indiquer d'une façon très schématique la conduite à tenir devant les diverses découvertes opératoires.

Généralités

Les tumeurs bénignes de la valvule de Bauhin, en l'absence de complications, se traduisent la plupart du temps par une **symptomatologie d'emprunt.**

C'est sur celle-ci que l'intervention est décidée : le diagnostic exact est donc alors consécutif à la découverte opératoire.

Lorsque la tumeur est cliniquement décelée, le diagnostic le plus vraisemblable ne peut être que celui de tumeur cœcale, sans pouvoir en présumer la nature avec certitude, comme nous le montrera l'étude clinique.

La plupart du temps, il s'agit d'une évolution chronique à bas bruit, avec de longues périodes de latence et quelques poussées plus aiguës de douleurs abdominales à type de coliques, d'une constipation habituelle avec quelques débacles diarrhéiques; tout cela pourra faire soupçonner un obstacle sur le trajet intestinal.

Mais quand le malade se présente au médecin, c'est, le plus souvent, avec un syndrome subocclusif ou occlusif.

1. Si, cliniquement, ce syndrome n'existe pas, le diagnostic posé est le plus souvent celui d'appendicite, parfois de cholécystite, et ce diagnostic est affirmé au cours de l'intervention.

Il y a cependant des signes négatifs, la symptomatologie de l'affection diagnostiquée n'est jamais complète.

Par ailleurs, la tumeur dans la fosse iliaque droite doit être recherchée; si elle est perçue, si la main la trouve **petite, mobile, bien limitée,** nous pouvons soupçonner l'étiologie réelle de l'affection, mais sans pouvoir encore la localiser avec précision (mucocèles appendiculaires).

La **radioscopie** et la **radiographie,** lorsqu'on l'aura pratiquée, comme nous le verrons dans les observations IV et V, peuvent encore préciser cette notion de situation, mais d'une façon incertaine, et sans pouvoir discriminer ce qui revient à une tumeur bénigne ou à une tumeur maligne.

Les **examens de laboratoires** (sang, selles) peuvent apporter quelques précisions sur la bénignité de l'affection.

L'ensemble de ces examens — et l'absence de signes généraux marqués — peut nous conduire à penser à la probabilité, mais non cependant à la certitude, d'une tumeur bénigne.

2. S'il y a invagination ou occlusion — ces recherches doivent être faites si le temps le permet — mais le plus souvent on opère tout de suite, et le diagnostic est fait en cours d'intervention.

Deux faits dominent donc la symptomatologie :

— **Evolution chronique** d'une part, avec crises

paroxystiques passagères, traduisant l'effort fait par l'intestin pour se débarrasser de son contenu.

— Et d'autre part, **obstruction** ou **invagination chronique progressive,** intussusception s'achevant en crise d'occlusion intestinale complète, forçant la main au chirurgien.

L'intervention chirurgicale — faite souvent en partant d'une erreur de diagnostic — donne d'excellents résultats immédiats et tardifs.

Etiologie et Pathogénie

Quelles sont les causes favorisant le développement de ces tumeurs bénignes de la valvule de Bauhin?

Les connaissances que nous avons sur ce point sont peu précises, de même que sur l'étiologie des tumeurs bénignes de l'intestin grêle et du cœcum.

Dans les antécédents des malades opérés, les différents auteurs n'ont retrouvé aucune irritation intestinale chronique, aucun épisode dysentérique.

Certaines de ces tumeurs cependant (kyste enteroïde de l'observation V) peuvent être congénitales. Mais celles-ci, contrairement à celle que nous rapportons, sont découvertes au cours d'une invagination aiguë ou d'une autopsie chez un nouveau-né ou un nourrisson et arrivent rarement à se manifester chez un adulte.

LE SEXE

Dans les cinq obervations que nous avons rassemblées, le sexe paraît avoir peu d'influence : ces malades sont trois femmes et deux hommes.

On ne peut tirer de ce fait des conclusions générales; cependant, si l'on tient compte de la parenté avec les tumeurs bénignes du cœcum (nous avons retrouvé six observations certaines de ces dernières, et tous ces malades étaient des femmes), le sexe féminin serait plus fréquemment atteint.

L'AGE

Les malades dont nous rapportons les cas sont âgés respectivement de 45, 32, 57, 55 et 26 ans, au moment de l'intervention du chirurgien.

C'est donc à l'**âge moyen de la vie** que se rencontrent le plus souvent ces tumeurs, et non dans la vieillesse ni l'adolescence. (Il faut faire une exception pour les kystes enteroïdes qui, congénitaux, se manifestent très tôt, la plupart du temps dans la première année de la vie, et sous la forme clinique classique d'invagination aiguë.)

L'âge des malades déjà cités ayant présenté des tumeurs bénignes du cœcum se situe entre 17 et 48 ans.

Cette notion d'âge paraît donc avoir une plus grande importance, car elle peut permettre une conclusion clinique directrice, mais non affirmative : **ce n'est généralement pas l'âge du cancer.**

PATHOGENIE

a) Pour certains, l'inclusion permettrait de comprendre plus facilement que la constitution des tumeurs bénignes de l'intestin, et donc de

celles de la valvule, puisse ne pas être pure (fibrolipomes, fibromyomes, adénofibromes).

b) Certains auteurs cependant (Paucot, Tison, Lapeyre, Cros) parlant des fibromes, admettent que le tissu pathologique paraît développé par **prolifération anormale** des fibres musculaires de l'intestin (donc ici des fibres circulaires lisses de la valvule, ou de la « muscularis mucosoe ») sans qu'il soit possible d'en noter le point de départ précis.

Anatomie pathologique

Les tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale évoluant à plus ou moins longue échéance, mais à peu près fatalement vers une complication mécanique essentielle, l'**invagination** (les complications inflammatoires étant toujours peu importantes et la dégénérescence extrêmement rare), il nous sera plus commode d'envisager d'abord les lésions anatomopathologiques de ces tumeurs non compliquées, et ensuite de les étudier au stade de complications. (Nous insistons sur l'histologie de ces tumeurs, car le pronostic lointain dépend beaucoup de celle-ci.)

I

TUMEURS BENIGNES NON COMPLIQUEES

Les différentes observations que nous avons pu réunir relèvent d'un **fibromyome,** d'un **fibrolipome,** d'un **lipome,** d'un **adénome** et d'un **kyste enteroïde.**

Une telle diversité pour un si petit nombre de sujets nous permet déjà d'envisager, avec ces seuls exemples, une partie importante des diffé-

rentes variétés anatomo-pathologiques des tumeurs bénignes de l'intestin.

Nous étudierons plus particulièrement les variétés que nous avons rencontrées; nous devons remarquer tout de suite que le type histologique de ces tumeurs est rarement pur.

Il y a seulement prédominance d'un type ou d'un autre, mais le plus souvent avec association de deux ou de plusieurs types.

Dans les tumeurs de la valvule de Bauhin, nous rappelons d'abord que, par suite de la structure même de celle-ci, il n'y a à ce niveau qu'une seule variété anatomique : les **tumeurs sous-muqueuses.**

En effet, étant formées par l'adossement des couches musculaires de fibres lisses circulaires, sous-muqueuse et muqueuse du gros intestin et du grêle, les deux valves qui composent la valvule iléo-cœcale ne possèdent pas de couches musculaire longitudinale et séreuse, celles-ci passant directement de l'iléon sur le colon en haut, et sur le cœcum en bas, tout en maintenant adossées les couches précédentes.

Il ne peut donc être question ici, comme dans les autres parties de l'intestin, de **tumeurs sous-séreuses,** qui ont d'ailleurs le plus souvent une symptomatologie toute différente.

Structure des différentes variétés :

A) MYOMES ET FIBROMYOMES

Heurtaux, en 1899, avait relevé seulement sept cas de fibromyomes de l'intestin, la plupart

d'ailleurs siégeant sur le rectum. C'est dire la rareté de ces sortes de tumeurs.

La structure de ces fibromyomes est comparable à celle des fibromyomes utérins : des faisceaux de fibres musculaires lisses parcourent la tumeur dans des sens divers, tantôt directs, d'autres fois ondulés, ou en cercles concentriques, ou bien entrecoupés sous des angles divers.

Les éléments musculaires sont parfois prédominants. Dans d'autres cas, il y a une très forte proportion de faisceaux fibreux.

Leur origine peut être la musculeuse ou la « muscularis mucosœ » (Lapeyre et Cros) ; pour d'autres auteurs (Faure et Desplas), il y a intégrité de la « muscularis mucosœ ».

« Les analyses devront montrer l'**abondance considérable** de la substance fondamentale et la **rareté relative** des noyaux : ces deux caractères sont nécessaire pour isoler les fibromyomes des myosarcomes... Aucune tunique intestinale n'est incluse dans ces tumeurs. » (Paucot et Tison.)

Nous remarquons que la plupart des auteurs parlent à propos de la même tumeur, indifféremment de fibromes, de fibromyomes ou de myomes. Le terme de **fibromyome** paraît donc le plus indiqué pour qualifier cette variété.

Jefferson a cité le cas d'un **fibrome pur** de la lèvre inférieure iléo-cœcale et faisant saillie dans le cœcum (Desmarest), mais nous n'avons pu retrouver cette observation.

La **forme** de ces tumeurs est en général sphérique, ovoïde ou légèrement aplatie.

Leur **surface** est tapissée par la muqueuse intestinale.

Leur **pédicule** est plus ou moins gros, leur **consistance** plus ou moins dure.

Au niveau de la valvule de Bauhin, leur **volume** moyen ne dépassera guère celui d'une mandarine (observation I).

B) LIPOMES

Les lipomes se développent ici entre la musculeuse et la muqueuse qu'ils repoussent facilement.

Histologie. — La tumeur paraît développée dans le tissu conjonctif de la sous-muqueuse. Sur la valvule, comme dans le reste de l'intestin, elle présente la structure habituelle du lipome circonscrit.

Le tissu cellulo-graisseux est entouré d'une capsule conjonctive qui favorise l'énucléation. Cette capsule envoie dans la profondeur des trabécules qui s'insinuent entre les pelotons adipeux et lobulent la tumeur (observation de Denis et Colson). Le tissu conjonctif peut encore, ici comme dans les fibromyomes, être très développé (observation de Santy) et donner à la tumeur l'aspect d'un fibrolipome. Dans les travées conjonctives cheminent les **vaisseaux nourriciers** du lipome.

Tuffier et Loewy ont insisté sur le grand développement de cette vascularisation.

On pourra constater presque toujours une réaction inflammatoire du lipome (Klein) plus ou moins importante.

La **muqueuse** sera atrophiée, mais surtout

ulcérée, au sommet de la tumeur (obs. de Denis et Colson : muqueuse sphacelée; obs. de Santy : muqueuse exulcérée avec tissu de granulation). Ces ulcérations de la muqueuse ont été très souvent notées dans les lipomes situés aux autres niveaux de l'intestin (Hoyt-Tédénat, Hellström, Klein, Stetten, Lode).

Du côté de la musculeuse, la tunique musculaire n'est pas modifiée.

L'**aspect macroscopique** de la tumeur diffère légèrement de celui du fibromyome : sa **forme** est toujours arrondie ou ovoïde, mais sa **surface** peut être irrégulière, mamelonnée, multilobée (obs. de Denis et Colson). Sa surface d'**implantation** peut être large (même observation) ou pédiculée, avec l'aspect d'un polype.

Le **volume** des lipomes est extrêmement variable. La plupart des auteurs le comparent à celui d'une noix (c'est le cas de l'observation III). Il peut être plus gros : volume d'une mandarine (observation II).

Leur **consistance** est également très variable, suivant l'importance de la participation conjonctive.

C) ADENOMES

Les adénomes sont constitués par une hyperplasie des glandes muqueuses, avec ou sans hypersecrétion. Leur origine est donc muqueuse. Dans le cas que nous avons pu étudier, la **participation conjonctive** est importante; elle présente un aspect inflammatoire du type le plus

banal, avec infiltration plasmocytaire (observation IV).

Macroscopiquement, dans l'observation de Desmarest, la tumeur occupe les deux valves, tout en laissant absolument normales les faces du cœcum. Elle peut donc être à **implantation** large, sur toute la valvule, mais ici encore on pourrait trouver des tumeurs pédiculées.

Son aspect est plus ou moins globuleux, comme pour un lipome, mais la muqueuse hypertrophiée n'est pas ulcérée : elle exsude, mais ne saigne pas.

D) LES ENTEROKYSTOMES

Les enterokystomes comptent parmi les moins communs des kystes mésentériques. La preuve en est dans le fait qu'ils sont soit entièrement omis, soit brièvement mentionnés dans les livres de chirurgie ou de pathologie classique. L'enterokystome de la valvule iléo-cœcale est encore plus rare. Son origine congénitale ne peut être mise en doute : il s'agirait d'une évolution défectueuse ou d'une malformation du canal omphalo-mésentérique; or, ce conduit a été trouvé s'abouchant avec l'iléon à des distances variant de 4 à 57 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Ceci rend possible une vaste dispersion des kystes. Certains même ont été trouvés dans le cœcum et classés comme kystes entériques diverticulaires d'origine embryonnaire (Theis, Shallow).

En **coupe,** les deux parois du kyste enteroïde seront formées par deux couches de muqueuse de l'intestin grêle : une couche externe et une

couche interne, vers la lumière du kyste. (La structure histologique des glandes muqueuses est décrite dans l'observation V.)

Il peut y avoir une réaction inflammatoire, comme dans les autres types de tumeurs.

Deux cas sont à envisager : ou le kyste **est ouvert vers la lumière intestinale,** ou bien **il ne l'est pas.** Dans la première éventualité, ses secrétions peuvent s'évacuer, et son évolution peut être longue et latente, c'est le cas de l'observation de Theis.

Dans le deuxième cas, le kyste augmente rapidement de volume, et c'est alors la cause de l'**invagination** aiguë du nouveau-né.

La **forme** de ces tumeurs est arrondie, élastique, plus ou moins tendue. Au niveau de la valvule de Bauhin, toujours parce qu'elles ne peuvent devenir plus grosses sans provoquer d'accidents, elle ne dépassent pas la taille des autres tumeurs bénignes de même localisation. Leur insertion est également pédiculée.

E) Il peut également exister des ANGIOMES à ce niveau omme au niveau du reste du tube digestif (P. Delbet), mais nous n'en onnaissons aucun cas.

II

AU COURS DES COMPLICATIONS

1. Complications mécaniques.

a) Les tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale, étant appendues à la valvule et faisant saillie dans la lumière cœcale par leur bord libre,

ont tendance à former, par leur situation, une sorte de clapet venant, d'une façon **intermittente,** oblitérer plus ou moins l'ouverture iléo-cœcale (observation I). C'est déjà là un premier moyen d'obstruction.

b) Un deuxième type, occupant toute la valvule, en étrangle la lumière, et suivant le développement de la tumeur ou le degré de l'inflammation valvulaire, arrive également au même résultat, irréductible si l'augmentation de volume de la valvule n'est pas due à l'inflammation.

c) Mais l'accident évolutif fatal, si l'on n'intervient pas auparavant, est l'**invagination.**

Deux de ces tumeurs que nous avons relevées sur cinq ont été opérées à ce stade, une troisième présente un début d'invagination.

Mécanisme de l'invagination causée par une tumeur de la valvule iléo-cœcale :

Etant donné le siège particulier de la tumeur, l'invagination a un caractère un peu spécial; deux éléments essentiels de sa production sont l'**amorce mécanique** et l'**hyperpéristaltisme** (observation V).

L'**amorce mécanique** de l'invagination par cette tumeur happée par le cours des matières, puis entraînant avec elle les parois, est évidemment le mécanisme le plus simple : la situation particulière de la tumeur sur la valvule est de plus une condition anatomique favorable à l'intussusception; les replis valvulaires amorcent celle-ci d'eux-mêmes : la muqueuse est déjà plissée.

La tumeur de la valvule, en conséquence, est toujours à la **tête du boudin** d'invagination, que cette tumeur soit pédiculée ou qu'elle occupe la valvule entière.

L'**hyperpéristaltisme** ajoute son influence active dans le déclanchement des phénomènes d'intussusception.

Aspect de l'invagination.

Cette invagination a un type anatomique particulier : Denis et Colson insistent sur l'importance du défaut d'accolement de la région iléo-cœcale dans l'enchaînement des accidents : « C'est par suite de la mobilité du segment iléo-cœcal que l'invagination peut se poursuivre si loin. »

La tumeur de la valvule étant à la tête du boudin d'invagination, l'iléon forme la partie rentrante du boudin, mais suit son bout terminal, c'est-à-dire la valvule, et ne se déroule pas en traversant sa lumière. Il est engainé par le cœcum et le colon ascendant qui s'invaginent dans la partie haute du colon ascendant et dans le colon transverse. Ce n'est pas une **invagination iléo-colique** mais une **invagination iléo-cœco-colique.**

S'il n'y a pas à l'origine de l'invagination occlusion complète par la tumeur, et c'est le plus fréquent, il s'établit une invagination **lente; progressive** jusqu'à l'occlusion totale qui en est l'aboutissement logique.

Cependant des **réductions spontanées** peuvent se produire (c'est le cas probable de l'observation de Denis et Colson). Cette possibilité d'invagi-

nation temporaire doit être signalée en vue d'une sanction thérapeutique précoce, qui est d'une gravité infiniment moindre qu'une intervention en occlusion grave par invagination.

2. **Complications inflammatoires.**

Elles consistent surtout en hyperhémie et en infiltration plasmocytaire de la tumeur, de son implantation et de son voisinage, de l'appendice notamment (observations I, IV et V).

3. **Complications de dégénérescence maligne.**

Adénome de la valvule dégénéré en un point (Macédo). Mais nous devons insister sur la complication essentielle, l'invagination.

La situation de ces tumeurs au niveau de la valvule explique, suivant leur position variable si elles sont pédiculées, et aussi suivant que la valvule elle-même est enflammée ou pas, leur retentissement clinique sporadique et les périodes plus ou moins longues de symptomatologie latente.

Etude clinique

L'histoire clinique des tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale est capricieuse et fruste, en dehors des accidents mécaniques éventuels.

Il s'agit, à cette période non compliquée, de localiser les signes à la fosse iliaque droite : cela est fréquemment possible, mais pas toujours facile.

Encore faudra-t-il, d'après ce signes, porter précocément l'indication chirurgicale, afin d'éviter de se trouver en présence d'une complication accidentelle.

Les signes qui pourraient donner des tumeurs sous-séreuses ou cœcales — par exemple, signes de compression entre autres — n'existent pas ici, la tumeur se compliquant avant d'atteindre un volume suffisant pour produire une telle symptomatologie.

Un fait primordial caractérisant ces tumeurs bénignes du tube digestif, qu'elles soient de la valvule ou siégeant à un autre niveau de l'intestin (à l'exception des kystes dont le volume croît plus vite généralement) c'est leur **latence prolongée,** leur **lente évolution.**

La complication occlusive ou l'invagination peuvent être la seule manifestation clinique première de la tumeur (observation V).

Nous diviserons en deux partie l'étude symptomatologique de ces tumeurs de la valvule :

I. La symptomatologie des tumeurs bénignes de la valvule de Bauhin **avant le stade de complications.**

II. Les signes cliniques **en période compliquée.**

I

SYMPTOMATOLOGIE DE LA TUMEUR NON COMPLIQUEE

Il s'agit d'un sujet adulte, jeune ou dans l'âge moyen de la vie.

La plupart du temps son état général est bien conservé, il a un appétit normal, il ne présente pas d'amaigrissement, ou seulement une perte de poids minime.

Dans toutes les observations que nous avons étudiées, nous ne trouvons qu'un passé digestif inexistant ou insignifiant.

Cependant, ce malade a eu quelques crises douloureuses mal précisées, souvent mal localisées. (« Il souffre du côté droit de l'abdomen ».) Ces douleurs sont en général peu vives, à type de gêne, de pesanteur, et coïncident souvent avec des périodes de constipation.

Le malade peut être « incommodé par un gargouillement sonore dans l'abdomen sans pouvoir donner issue aux gaz qui marquent bruyamment leur présence » : c'est déjà un syndrome de

Kœnig (observation IV). Il peut présenter « une indifférence inhabituelle aux aliments » (même observation).

(Ces troubles sont en rapport avec l'obstacle apporté à la progression des matières intestinales.)

Ces signes d'obstruction relative disparaissent et peuvent rester de longs mois sans réapparaître.

Chez ce malade, éprouvant une constipation habituelle ou temporaire, accompagnée de coliques, parfois de vomissements alimentaires ou bilieux, et n'ayant aucune altération de la santé générale, quel diagnostic poser?

Ces troubles vagues peuvent rentrer dans le cadre de tous ceux, bénins et mal délimités, que l'on rencontre dans la plupart des affections abdominales.

Il faut rechercher le point de départ des douleurs, et le malade le précise difficilement; il ne signale pas d'irradiations spéciales de ces douleurs, elles n'auront pas de rythme ni de périodicité digestive (Lapeyre et Cros).

Quelques poussées diarrhéiques pourront apparaître entre les périodes de constipation.

Le diagnostic de tumeur ne peut guère être envisagé qu'à la phase de tumeur **décelable par le palper,** et si cette constatation est déjà rare en ce qui concerne les tumeurs bénignes du cœcum et du grêle, il l'est certainement bien plus encore pour une tumeur de la valvule, souvent plus petite.

Il est possible cependant et surtout de percevoir à la palpation une tumeur pédiculée, appen-

due à la lèvre inférieure de la valvule et plongeant dans le cœcum.

Si cette tumeur est perçue à la palpation, elle sera habituellement indolente, ferme, de contours réguliers et mobile.

La bénignité de cette tumeur implique en effet sa mobilité : sur le malade couché, elle doit pouvoir être facilement refoulée dans l'hypocondre, au delà de la ligne médiane, ou dans le petit bassin; mais, caractère la distinguant d'une tumeur bénigne du grêle par exemple, elle **doit revenir dans la fosse iliaque droite chez le sujet au repos.**

Encore faut-il envisager le cas où une légère obstruction intestinale provoquerait une ébauche de poche sus-valvulaire qui donnerait une impression de fausse tumeur.

La variabilité des signes est donc extrême.

Le syndrome appendiculaire peut être réalisé (observation I) mais rarement au complet : douleur au point de Mac Burney par exemple, mais paroi souple. Peu ou pas de fièvre. Les vomissements peuvent exister ou non.

Le **toucher rectal** sera systématiquement pratiqué, non point à cette période pour obtenir un élément positif de diagnostic, mais pour éliminer les autres affections susceptibles d'entraîner de tels phénomèmes intestinaux.

Il est évident que si, comme il se doit, malgré un tableau incomplet, l'**indication d'intervenir** est posée à ce moment-là, et si l'examen de la région péri-appendiculaire au moment de l'intervention est correct, le diagnostic, et aussitôt le traitement de la tumeur, seront faits.

Devant la diversité — ou bien devant la pauvreté des signes, quelle doit être l'attitude du clinicien?

S'il reconnaît une perturbation dans le transit intestinal, à plus forte raison s'il a perçu une tumeur à l'examen clinique, il devra procéder à un examen **radioscopique et radiographique du tube digestif.**

Cet examen précisera la cause de cette perturbation, et de plus, la tumeur reconnue, le siège de celle-ci.

Il fera souvent, en conduisant le malade au chirurgien, éviter une complication grave.

Radioscopie. — Elle doit être faite sans préparation, et avec préparation.

Nous rappelons seulement les grandes lignes des résultats obtenus, car leur importance est aussi variable que celle des signes cliniques : mais bien que cette intensité des signes varie, ils sont plus précis.

A la **radioscopie** sans préparation, on peut constater des images hydroaériques, **se déplaçant,** plus ou moins grandes et plus ou moins nombreuses; la motilité des anses, la mobilité du diaphragme, la transparence générale, aidant à penser à une occlusion mécanique (Del Campo et Pouey). C'est déjà une image d'occlusion, mais qu'on peut trouver avant l'occlusion vraie.

Après ingestion de baryte, il reste dans les anses grêles, dans le cas d'obstacle au niveau de la valvule iléo-cœcale, un reliquat de la substance ingérée pendant une durée anormale.

A la radiographie : Après lavement baryté, on peut constater un défilé plus ou moins étroit, correspondant à la tumeur; la substance opaque présente un bord concave vers l'extérieur, bord régulier et net; cette lacune est mobilisable avec la masse cœcale; elle correspond à la tumeur si celle-ci est perçue cliniquement.

Une contre-épreuve, qui peut préciser encore les limites de la lésion, peut être également faite après ingestion de baryte.

Les **examens de laboratoire** (examen du sang et des selles) pourront attester en faveur de la bénignité de la tumeur :

— une **formule sanguine normale**, hématies et leucocytes, des réactions de Meyer et Weber négatives ou faiblement positives, peuvent nous permettre de penser à une tumeur bénigne plutôt qu'à un cancer, cependant que le sang n'apparaît pas cliniquement dans les selles (Brünner, Zebef).

Diagnostic. — En résumé, à cette période de signes minima, la conservation de l'état général, la durée et les éclipses des petits signes subjectifs, l'examen clinique et radiographique, le laboratoire, nous conduisent à présumer d'une tumeur bénigne de la valvule, et dès lors, en connaissant l'évolution, de faire opérer le sujet.

Il nous faut éliminer :

— une **cholécystite chronique**, lithiasique ou non; mais alors il y a presque toujours eu dans les antécédents des coliques hépatiques, du subictère, des crises douloureuses à irradiation spéciale et, s'il s'agit d'une vésicule bourrée de

calculs, des variations de volume de celle-ci d'une période à l'autre;

— un **kyste de l'ovaire** : peut donner aussi des troubles digestifs et des douleurs dans la même région : les troubles menstruels, l'examen clinique et gynécologique (toucher vaginal) permettront de différencier cette lésion.

Peuvent à la rigueur entrer en ligne de compte : la **péritonite chronique partielle**, l'**invagination chronique**, l'induration de la région cœcale avec rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal et du cœcum lui-même causé par des **appendicites anciennes** et **répétées, l'abcès de la face antérieure du rein.**

(Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue qu'une tumeur de la valvule, pédiculée et volumineuse, peut donner une atteinte inflammatoire de l'appendice, ne serait-ce qu'en favorisant la stase cœcale.)

Le diagnostic sera alors orienté vers les tumeurs de la fosse iliaque droite : **cancers, tuberculose** et **abcès appendiculaires, mucocèles** et **tumeurs cancroïdes de l'appendice, fécalomes cœcaux.**

Pour le cancer notamment, l'état général est déficient, il y a anémie et leucocytose; pour la tuberculose, on doit rechercher les petits signes d'imprégnation tuberculeuse. Les signes généraux seront marqués pour les abcès appendiculaires.

Déjà, cliniquement, on peut donc penser à la possibilité d'une tumeur bénigne en l'absence de tous ces signes.

Mais le diagnostic de bénignité ne peut être vraiment fait que sur le vu de la lésion proprement dite.

II

SIGNES CLINIQUES DE LA TUMEUR COMPLIQUEE

Au cours des accidents évolutifs, le tableau clinique sera évidemment tout autre.

Rappelons-nous que le diagnostic de tumeur bénigne de la valvule iléo-cœcale n'a jamais été porté avant l'intervention, à cause de la symptomatologie d'emprunt que nous avons exposée dans les pages précédentes.

La description clinique que nous avons tenté d'en faire n'a pu être complétée que rétrospectivement, le plus souvent grâce à l'interrogatoire post-opératoire des malades que leur ont fait subir les différents auteurs.

Il est assez facile de reconstituer le parallélisme entre l'évolution anatomique de la tumeur et les signes cliniques : suivant son volume, sa position sur la valvule, sa mobilité, la symptomatologie varie entre les vagues douleurs abdominales et la crise nette d'obstruction.

Les complications qui peuvent survenir sont, comme pour les tumeurs bénignes sous-muqueuses des autres étages de l'intestin, et en les classant par ordre de fréquence croissante :

— si la tumeur est très pédiculée, la **rupture** et l'**expulsion spontanée** (Pellizari, 1875 :

myome de la région iléo-cœcale) : ce cas très rare est plutôt d'ailleurs une évolution favorable qu'une complication;

— la **dégénérescence maligne,** rare, mais possible;

— l'**obstruction** simple;

— l'**invagination** provoquant l'occlusion.

a) Nous n'insisterons pas sur l'**évacuation spontanée** de la tumeur. Nous avons déjà cité Pellizari; Mirolle, de Pise, n'a réuni que 11 cas d'expulsion spontanée sur 156 observations de lipomes du tube digestif. En général, c'est après des crises douloureuses répétées que le malade rejette par l'anus, au milieu d'une hémorragie assez abondante, une tumeur piriforme, entourée ou non de muqueuse nécrosée. Les lipomes seraient la variété subissant le plus cette évolution.

b) La **transformation maligne** doit être envisagée ici comme dans les fibromyomes utérins.

Desmarest cite une observation de Macédo, parue en 1931, dans le « Lisboa Medica », qui rapporte un cas à peu près analogue à celui qu'il a publié lui-même. Nous avons cité cette complication dans le chapitre Anatomie Pathologique. Il faut donc retenir de cette possibilité de transformation la nécessité d'un examen histologique complet de la pièce enlevée.

Cliniquement, une atteinte commençante de l'état général peut faire soupçonner une telle évolution.

c) L'**occlusion simple** est une complication rare à ce niveau, du moins l'occlusion **totale** par la tumeur.

Si les phénomènes occlusifs passagers, fugaces, sont fréquents, comme nous l'avons montré dans la symptomatologie de la tumeur non compliquée, pas un cas d'occlusion complète, sans invagination, n'a été publié. Seul, Desmarest, a publié un cas (observation IV) où sans invagination, la valvule entièrement infiltrée par la tumeur forme un obstacle important au transit intestinal, mais non pourtant une barrière irréductible. La malade de Theis présentait déjà un début d'invagination (observation V).

Ces obstructions n'ont pas toujours une allure poussant nettement à l'intervention. Là encore, l'appel à la radiographie sera alors utile.

d) L'**invagination** : « La complication de ces tumeurs bénignes de la valvule, nous dit Desmarest, c'est l'invagination progressive et lente de l'intestin grêle dans le colon ascendant. »

Le poids de la tumeur, sa configuration, les mouvements intestinaux, tout concours à l'intussusception qui s'achève en une crise d'occlusion intestinale complète.

Ces occlusions dues à l'invagination peuvent ne pas être très serrées au début, aussi les signes n'ont pas toujours un aspect schématique emportant le diagnostic et l'intervention sera encore retardée.

Ici encore, comme pour les tumeurs non compliquées, la symptomatologie peut avoir tous les degrés d'intensité.

Faisons toujours une exception pour les **kystes congénitaux** de la valvule iléo-cœcale, qui, dans la règle, aboutissent rapidement au tableau clinique de l'occlusion et de l'invagination aiguë du nourrisson, avec sa masse palpable dans le quadrant inférieur droit, ses douleurs atroces, ses vomissements, ses mucosités sanglantes à l'anus.

Le cas de kyste enteroïde que nous avons emprunté à Theis par contre a la même évolution que les autres types de tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale.

Quand ces tumeurs aboutissent à l'invagination, il s'agit, si l'on suit la classification de Nothnagel, d'**invaginations subaiguës** ou **chroniques :** elles durent de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Et dans certains cas que l'on serait tenté de traiter d'**invagination aiguë,** il vaudrait mieux dire : « **Episode aigu d'une invagination chronique** » (H. Mondor).

Le doute du clinicien est éveillé par le caractère particulier des crises douloureuses.

La **douleur** aiguë, intense, parfois à type de crampes, succédant souvent à une période de constipation, est localisée soit à la fosse iliaque droite (observation V), soit à la région ombilicale (observation II). C'est une douleur angoissante, assez brève, parfois accompagnée de pâleur, d'une légère accélération du pouls (observation III). D'autres fois, il n'y a pas de signes généraux.

Cependant, dans les observations II et III, on retrouve le **ballonnement** à l'inspection, mais dans le premier cas il paraît respecter la fosse iliaque

droite, dans le second il a son maximum dans la région sous-ombilicale.

La **palpation** est douloureuse sous les fausses côtes gauches (observation II) ; c'est par contre au niveau du flanc droit que l'on provoque la douleur et que l'on sent une résistance au palper (observation III et V).

Le **péristaltisme** est absent dans l'observation III, présent mais léger dans l'observation V.

Le **tympanisme** existe également dans le cas du malade de MM. Denis et Colson.

Par conséquent, ici encore, il est très difficile de porter le diagnostic de cause et de siège de l'occlusion ou du degré d'invagination.

Les observations qui suivent nous montreront quelques-unes des erreurs de diagnostic étiologique possibles, puisqu'elles ont été faites par les auteurs de ces observations.

Nous avons vu le mécanisme de ce phénomène dynamique d'invagination par tumeur de la valvule de Bauhin. Sous l'influence du péristaltisme et du flux intestinal, la progression se poursuit plus ou moins loin.

Mais le coin mésentérique est moins serré par suite de l'invagination cœcale accompagnant l'iléon dans le colon. Par suite la lumière instestinale est moins rétrécie, les phénomènes de strangulation sont moins intenses : l'invagination peut se réduire plus facilement (si des adhérences séro-séreuses dans le boudin d'invagination ne se sont pas créées) — cela d'autant mieux que la tumeur qui en est cause n'a pas à traverser l'orifice iléo-cœcal pour cette réduction.

Aussi peut-il se faire que l'on constate, dans

ce pas particulier de tumeurs, des **invaginations temporaires,** comme R. Didier en a rapporté dans une observation de lipome cœcal publiée par lui en 1938.

Mais cette évolution momentanément favorable a cependant abouti à une récidive irréductible.

Examen radiologique.

Pour l'**occlusion,** l'examen sans préparation montre des images hydroaériques, de niveau différents, de topographie variable; le péristaltisme cause cette mobilité.

L'examen avec baryte doit toujours être extrêmement prudent :

Pour Wortmann : « Dans les obturations, il faut proscrire le lavement opaque, souvent capable da'ggraver les lésions. »

Mais H. Mondor dit : « ...Je suis de ceux qui pensent que l'on devra à la radiographie bien des guérisons, et que se priver d'elle, en matière d'occlusion, sera bientôt dangereusement retardataire. Déjà l'exemple de l'invagination doit donner quelques repentirs à ceux qui condamnaient le lavement baryté au nom de la sécurité et au nom de la bonne clinique. »

S'il s'agit d'occlusion, et si l'on a pratiqué le lavement baryté, seul le gros intestin se remplit. On retrouve l'image en lacune — au niveau de la tumeur; — au-dessus de celle-ci, les gaz retenus dans l'intestin illuminent la cavité abdominale, cependant qu'il y a une opacité relative des liquides retenus en amont du siège de l'occlusion.

Pour l'invagination les signes radiologiques —

au-dessus du lieu de l'invagination — sont les mêmes, mais du côté du gros intestin nous aurons :

« Arrêt d'une colonne barytée suivant une ligne régulièrement concave moulant une zone claire convexe, portant parfois elle-même en son axe un défilé obscur plus ou moins sinueux, effet de raccourcissement anormal d'un segment colique, telles sont en résumé les dispositions radiographiques propres à l'invagination » (Gueulette et Porcher.) Dans le cas de tumeurs de la valvule, une modification est à apporter à ce tableau : la ligne d'arrêt de la colonne barytée **n'est plus régulière,** mais le **défilé central** dans le boudin peut exister.

Ici encore, cette radiographie permet souvent de penser à la tumeur en cause.

Le diagnostic des tumeurs compliquées est celui de l'occlusion et de l'invagination, et de leurs causes.

Citons la ressemblance de ce syndrome occlusif avec :

— **la perforation :** la douleur est plus violente ici, il y a une contracture réflexe, de la fièvre, une sensibilité des culs-de-sacs au toucher rectal;

— **l'appendicite :** mais il y a de la fièvre fréquemment (l'appendicite et l'occlusion peuvent coexister).

Il nous faut envisager les **autres causes d'occlusion :** l'invagination, le volvulus, l'étranglement par brides, les occlusions par tumeurs des divers organes de l'abdomen, agissant par adhérences

ou par compression; les occlusions par corps étrangers : **calculs biliaires** dans l'iléon (la symptomatologie est ici la même, mais il y a des antécédents de coliques hépatiques, et il s'agit de sujets âgés), **fecalomes cœcaux.**

Enfin, les causes de rétrécissement intestinal (cancer, tuberculose) peuvent donner des occlusions; l'appendicite également.

On doit examiner les orifices herniaires et rechercher la hernie étranglée.

Des coliques néphritiques peuvent même donner des accidents abdominaux aigus, à occlusions spasmodiques (Clavel, Dénéchaux et Prieur).

Il existe même des affections pulmonaires qui peuvent débuter par des signes d'occlusion (Kleinschmitt).

L'examen radiographique est donc ici d'un grand intérêt, car il nous permet d'éliminer nombre de ces affections causales. Il nous permettra peut-être de retrouver la tumeur, et c'est alors par l'interrogatoire, par l'histoire des antécédents que l'on sera amené à penser à la bénignité possible de la tumeur.

Cependant, cet examen est rarement pratiqué, l'opération étant faite tout de même pour occlusion.

Le diagnostic sera alors, là encore, comme dans le cas des tumeurs non compliquées, post-opératoire. Il est même encore plus difficile à faire pour les tumeurs compliquées que pour les précédentes.

Lorsqu'on a constaté la présence d'une tumeur de la région iléo-cœcale, on pense infailliblement d'abord : **cancer** ou **tuberculose.**

Un état général conservé, l'absence de petits signes d'imprégnation tuberculeuse, une formule sanguine sans anémie, ni leucocytose, des épreuves de Meyer et de Weber moins nettes, moins intenses que dans le cancer, qui exsude et saigne (alors qu'une tumeur bénigne ne saigne pas), la mobilité de la tumeur si elle est perçue, ce sont là des signes en faveur de la bénignité de la lésion.

Mais étant donné la rareté d'une tumeur bénigne à ce niveau, on osera très difficilement porter ce diagnostic avant l'intervention.

Aussi l'essentiel sera-t-il de conclure, en présence des symptômes trouvés, à l'intervention, même pour une tumeur non compliquée, et le chirurgien fera alors le diagnostic.

Observations

OBSERVATION N° I.

(Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Pierre Fabre, 1948).

Madame X... 45 ans, souffre depuis plusieurs années de phénomènes douloureux mal précisés pour lesquels le diagnostic a été posé de cholecystite chronique non lithiasique.

Il ne semble pas exister de gros troubles des fonctions digestives et essentiellement il s'agit d'un syndrome douloureux.

Un soir, parait une crise douloureuse de la fosse iliaque droite. Un médecin prévenu, porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

A l'examen, on constate que le ventre est entièrement souple, mais qu'il existe une douleur spontanée et provoquée qui correspond parfaitement à la région du point de Mac. Burney.

Il n'existe pas de contracture. Rien dans la profondeur. Etat nauséux, mais pas de vomissements.

On pense qu'il peut s'agir d'une crise appendiculaire et l'on intervient sous anesthésie à l'éther.

L'appendice est facilement découverte, elle est légèrement inflammatoire.

Lors des manœuvres d'extériorisation de l'appendice, on aperçoit dans le cœcum une masse volumineuse.

Après appendicectomie, on revient sur le cœcum pour retrouver cette masse : elle est grosse comme une mandarine et semble assez mobile, puisqu'il faut un

examen très attentif pour percevoir qu'elle est fixée sur la valvule de Bauhin.

Incision et ouverture du cœcum qui montre qu'il s'agit d'une masse pédiculée entièrement recouverte par la muqueuse intestinale sous laquelle elle fait hernie.

Incision de cette muqueuse, et au-dessous, on clive et on enlève sans difficulté une masse qui semble d'aspect adénomateux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un fibromyome.

Fermeture de l'intestin en deux plans et fermeture de la paroi sans drainage.

Suites extrêmement simples. La malade revue deux mois plus tard est bien portante et la plupart de ses douleurs ont disparu.

OBSERVATION N° II.

Santy : Lyon Chirurgicale 1925, p. 888; Lyon Chirurgical 1934, p. 256.

Femme de 57 ans; sans passé digestif.

Amaigrissement et constipation opiniâtre depuis quelques mois.

Le 20 mai 1925, brusquement, colique intense que la malade localise à la région ombilicale, puis arrêt des matières et des gaz et ballonnement progressif.

A l'examen : Ballonnement accusé, paraissant respecter la fosse iliaque droite; masse très douloureuse, du volume du poing, sous les fausses côtes gauches.

Intervention : Laparotomie médiane : dans l'hypochondre, tumeur grosse comme les deux poings formée par un boudin d'invagination constitué par le cœcum, le colon ascendant et le colon transverse, venus se télescoper jusqu'à l'angle gauche avec un segment de grêle assez considérable.

La grêle dilaté, en occlusion, semble se continuer directement par le boudin d'invagination.

Celui-ci présente peu de signes congestifs et circulatoires.

On fait une desinvagination prudente par traction sur le grêle et expression sur le colon.

Dans le cœcum revenu en place, on perçoit une masse endocœcale, du volume d'une petite mandarine, paraissant implantée au voisinage de la valvule.

Ce premier temps a été long et penible; on le termine par une anastomose ileotransverse.

Suites banales.

Quinze jours plus tard, résection ileocœcale sans incidents.

Examen de la pièce opératoire : Macroscopiquement, la tumeur se présente comme un énorme gland implanté à la place de la lèvre inférieure de la valvule iléo-cœcale.

L'aspect phalloïde était accentué par le fait que la base de cette tumeur était revêtue de muqueuse cœcale saine et que le pôle libre était congestif, très vascularisé, recouvert simplement d'une mince pellicule rouge vif.

Microscopiquement — (l'examen histologique a été fait par M. le Professeur Noël) — il s'agit d'une tumeur bénigne paraissant être un fibrolipome dont une partie est recouverte de muqueuse du gros intestin normale, alors qu'ailleurs cette muqueuse est ulcérée et recouverte par un tissu de granulations.

En somme. il s'agit d'une tumeur bénigne exulcérée à son pôle libre, tumeur du volume d'une petite mandarine.

Suites opératoires simples.

Gurison. (Vérifiée neuf ans plus tard, en 1934).

OBSERVATION N° III

(R. Dénis et P. Colson : Lyon Chirurgical, tome XXXI, 1934, p. 254).

M^me^ M... 32 ans, entre dans le service de M. le Professeur Berard, à la suite d'une crise de coliques intestinales accompagnées d'un état occlusif passager.

Antécédents : a) à la puberté, péritonite bacillaire. Réglée tardivement (17 ans).

b) deux ans avant l'hospitalisation actuelle, une inter-

vention d'urgence a été pratiquée pour torsion de kyste de l'ovaire.

Suites immédiates simples.

Aucune sequelle.

Dans l'intervalle, santé parfaite.

Au moment de l'hospitalisation : Malade pâle; température : 38°. Pouls : 100.

Pas de vomissements; petite selle la veille au soir.

Météorisme abdominal, avec maximum dans la région sous-ombilicale.

Au niveau du flanc droit et de l'hypocondre, on a une impression particulière de résistance au palper.

A la percussion, tympanisme généralisé.

Douleur à la pression au niveau du flanc droit. Il n'y a pas d'ondes peristaltiques, pas de clapotage.

Toucher vaginal : retroversion utérine, pas de masse para-utérine.

On fait le diagnostic d'occlusion par brides au niveau de l'ancien foyer opératoire, avec possibilité de bacillose intestinale ou péritonéale.

Intervention (Dr Dénis) : Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous ombilicale.

Ouverture du péritoine : petite quantité de liquide séro-sanguinolent; adhérences épiploïques au niveau de l'ancienne cicatrice.

L'intestin grêle est dilaté dans son ensemble. Il est exploré méthodiquement : il n'y a pas d'obstacle sur son trajet.

Arrivé dans la fosse iliaque droite, la grêle disparait sans qu'on puisse sentir le cœcum; sous le foie, une masse s'allongeant vers le côté gauche : c'est le colon transverse qu'on extériorise et à l'intérieur duquel on sent nettement l'invagination dont la tête est perçue à quelque distance d l'angle gauche.

Par pression rétrograde, la desinvagination est facilement réalisée : on voit alors le cœcum complètement entouré d'une masse inflammatoire qui s'étend également sur le colon transverse.

A son intérieur, on sent une masse boudinée qui apparait comme responsable de l'invagination cœco-colique qui a entrainé le cœcum et le colon ascendant non fixé.

Il est difficile par la palpitation de se rendre compte de la nature de la masse ou de son implantation.

Si c'est une tumeur, on a même l'impression que cette masse intracœcale est formée en réalité par une invagination iléo-cœcale fixée dans un premier temps et maintenant irréductible :

Le voile inflammatoire qui entoure le cœcum masque en effet complètement l'abouchement iléo-cœcal qui n'apparait pas normal, et à l'extrêmité libre de la tumeur on perçoit un relief circulaire en museau de tanche.

On fait une **hémicolectomie droite :**

1°) anastomose iléo-transverse termino-latérale (avec bouton de Villard);

2°) extériorisation de la masse avec fermeture de la paroi et fixation du gros intestin sur la ligne médiane. La section du colon se fait hors du ventre et on termine en adaptant un tube de Paul.

Examen de la pièce : Resection d'un segment colique de 25 cm. à l'intérieur duquel on trouve une **tumeur** et non pas un **début d'invagination** iléo-cœcal fixé.

Macroscopiquement, c'est une tumeur ovoïde, multilobée, du volume d'une grosse noix, rattachée par un largé pédicule à la lèvre inférieure de la valvule de Bauhin. Elle est recouverte d'une muqueuse saine, mais le pôle libre, d'aspect sphacélique, en est complètement dépourvu.

Microscopiquement, il s'agit d'une masse de tissu cellulo-adipeux, recouverte directement par la muqueuse, sans grosse réaction inflammatoire, sauf au niveau de la muqueuse elle-même.

Suites opératoires : Mauvaises. Le tube de Paul ne fonctionne pas. Coliques. Vomissements répétés. Mort au cinquième jour.

Vérification : Le segment du gros intestin abouché à la paroi n'appartenait pas au colon transverse, mais au colon ascendant qui, de l'anus médian qui le fixe, remonte se placer sous le foie, formant ainsi une corde tendue de la ligne médiane au flanc droit et étranglant le Grêle.

Les anses grêles sont dilatées à la partie supérieure gauche de l'abdomen, vides dans la fosse iliaque droite et le pelvis.

L'agent d'étranglement était formé par le colon ascen-

dant et le méso commun au colon ascendant et à la fin du grêle, contenant les vaisseaux mésentériques supérieurs.

OBSERVATION N° IV

(E. Desmarest, Le Documentaire Médical, mars 1939, p. 11).

Homme de 55 ans. Il présente, pour la première fois en septembre 1925, quelques crises de coliques passagères qui ne duraient que quelques secondes.

Deux faits attirent l'attention, en dehors des petites douleurs abdominales qui siégeaient dans la fosse iliaque droite :

Le malade est, d'une part, incommodé par une sorte de gargouillement sonore dans l'abdomen sans pouvoir donner issue aux gaz qui marquent bruyamment leur présence,

Et, d'autre part, par une certaine indifférence aux aliments qui est, pour lui, une surprise.

Fin septembre, une crise douloureuse plus violente qui dure quelques heures le conduit auprès du Dr Taillandier.

Pensant à la possibilité d'un obstacle sur le trajet intestinal, celui-ci le fait radioscoper par le Dr Gilson qui constate dans les anses intestinales un reliquat de la substance opaque ingérée. (Le nombre d'heures écoulées entre l'ingestion de bismuth et l'examen n'est pas noté) :

— l'iléon et le cœcum paraissent normaux,

— jusqu'à la hauteur de la crête iliaque, le colon ascendant est bien imprégné, mais au-dessus le bismuth s'engage dans un défilé très étroit qui semble atteindre l'angle colique droit assez haut situé,

— le colon transverse n'est pas rempli, mais l'examen sous écran montre un angle colique gauche et un colon descendant contenant le bismuth ingéré.

Une contre-épreuve faite par lavement permet de suivre le remplissage normal de tout le gros intestin jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessous de l'angle droit.

A ce moment, la colonne liquide s'arrête et ce n'est que

sous une forte pression que le liquide opaque s'engage par un pertuis étroit et remplit le cœcum.

A peine le cœcum est-il rempli qu'une contraction énergique chasse son contenu et, sur le cliché pris à ce moment, le colon droit et le cœcum n'apparaissent pas.

Le lavement ayant été évacué spontanément, un fil de plomb entoure la tuméfaction qu'on sent dans la partie haute de la fosse iliaque et une nouvelle radiographie est prise qui montre, outre le point rétréci situé un peu au-dessous de l'angle droit, un **défilé très étroit répondant exactement à la tuméfaction palpable.**

Quelques jours après ces examens, éclate une crise plus pénible et de longue durée.

Cette crise est suivie pendant quelques jours de nombreuses selles diarrhéiques, sans peaux ni sang. Pas de mœlena. Les **réactions chimiques** montrent cependant un Meyer positif et un Weber très légèrement positif.

Une **selle** est examinée au laboratoire : elle permet de conclure à une colite de putréfaction avec du mucus en abondance (selle de fausse diarrhée).

La **formule sanguine** donne :

— 4.900.000 hématies, 8.000 leucocytes, avec 65% de polynucléaires.

L'**opération**, pratiquée le 16 novembre 1925, par le Dr Desmarest consiste en une résection iléo-cœcale.

La tumeur, très mobile, est facilement extériorisée par la simple section du ligament parieto-cœcal.

L'iléon est beaucoup plus dilaté que ne l'eut laissé croire l'examen radiographique.

La tumeur siège exactement à l'union de l'iléon et du cœcum.

La terminaison du grêle a un aspect spécial : elle paraît étranglée par le bord du cœcum formant comme une sorte de collier rappelant celui d'une invagination.

L'anastomose bout à bout iléo-colique est facile, la section du colon ayant été faite très au-dessous de l'angle droit.

Il n'y a aucune lésion du mesentère ni du ligament iléo-cœcal : un seul ganglion accessible.

La **pièce ouverte** montre une tumeur d'aspect végétant qui donne l'exacte impression d'un gros col utérin, dont

les deux lèvres auraient été déformées par une tumeur mamelonnée, non ulcérée, plus développée sur la lèvre supérieure que sur la lèvre inférieure.

Entre ces deux lèvres hypertrophiées, le petit doigt pénètre aisément dans la lumière de l'intestin grêle. Les deux faces du cœcum sont normales : la tumeur n'occupe que la valvule sans empiéter sur elles.

L'**examen histologique** (Prof. Leroux) montre une tumeur constituée par une hyperplasie des glandes muqueuses avec hypersécrétion.

Les culs-de-sacs glandulaires sont fortement espacés les uns des autres par une hyperplasie conjonctive inflammatoire de type banal avec une infiltration mono et plasmocytaire abondante.

Il s'agit indiscutablement d'un **adénome muqueux** avec participation importante du tissu conjonctif et grosse réaction inflammatoire siégeant au niveau des **deux lèvres** de la valvule iléo-cœcale.

Le ganglion trouvé lors de l'étude de la pièce au laboratoire était strictement inflammatoire.

Sur les segments de tumeur étudiés histologiquement, on ne trouve aucune trace de dégénérescence maligne.

Le malade revu quatorze ans plus tard, en 1939, est en excellente santé et n'a jamais plus eu le moindre ennui intestinal.

OBSERVATION N° V.

Enterokystome iléo-cœcal produisant une invagination partielle (1928, Annals of Surgery) — (Traduction).

Le patient est un homme âgé de 26 ans, avocat, en très bonne santé jusqu'à deux semaines avant son admission à l'hôpital Presbyterien dans le service du Docteur D. B. Phemister.

Il est arrivé graduellement à son état actuel, avec douleurs abdominales généralisées au début et de légères crampes qui deviennent bientôt sévères.

Au moment de son admission à l'hôpital, les attaques de crampes étaient associées à un état douloureux marqué, un ramollissement et des gargouillements à travers tout l'abdomen.

Ces poussées, pénibles dès le début, deviennent plus fréquentes et de plus longue durée. Le mouvement intestinal fut rétabli, au début, par l'ingestion d'aliments gras, ensuite par l'absorption de breuvages froids ou de lait de magnésie comme cathartrique, ou encore à l'aide de cataplasmes électriques.

Mais les rémissions furent seulement temporaires.

Et, même, au moment de l'admission, les cathartriques aggravaient fortement les crampes. Les mouvements intestinaux, même stimulés, devinrent progressivement moins fréquents.

La couleur et la consistance des selles restaient normales : pas de sang, ni de mœlena.

Durant les cinq premiers jours après le début de ces accidents, le patient demeura couché; puis il retourna à son travail sans que son état se soit modifié, et les crampes devinrent plus sévères et plus fréquentes. Le deuxième jour, il dut retourner chez lui sans avoir pu terminer son travail.

Un médecin appelé prescrivit quelques médicaments qui soulagèrent temporairement les crampes, mais l'état douloureux et l'atonie intestinale ne cessèrent de croître.

A la fin de la deuxième semaine de la maladie, les symptomes localisés amenèrent la découverte d'une masse mobile, tendue, dans le quadrant inférieur droit.

Pendant la même période, le patient avait noté que ses pénibles crampes étaient associés à des gargouillements. Pas de météorisme; aucun autre signe anormal n'était observé : pas de nausées, pas de vomissements, pas d'anorexie ni de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, l'état général du malade était bon, la douleur dans le quadrant inférieur droit était localisée à une masse mobile ferme, de la taille d'un œuf, située dans la partie haute du cadran correspondant au cœcum.

Une légère distension avec quelques vagues de peristaltisme était visible à l'hypogastre.

Le gros intestin était perçu en entier sous forme d'une corde ferme suggérant un état de spasme.

La radioscopie et la radiographie révélèrent un défaut de remplissage, de la grosseur d'un œuf de poule, sur le bord mesentérique du cœcum sur lequel la masse était perçue au palper. L'examen général était négatif; de même celui des selles et des urines.

Examen du sang : Leucocytes 8.500; Hemoglobine, 87%. T.A. 12,7 - 7,4.

Avec les antécédents et l'examen radiographique, le diagnostic porté était celui **d'appendicite avec abcès** ou d'un **mucocèle appendiculaire.** La possibilité de **tumeur maligne du Cœcum** ou de **Grosse Adénopathie** était aussi envisagée.

Intervention : Incision droite verticale basse. Le colon ascendant et l'iléon terminal sont examinés. A cause de l'augmentation de volume des ganglions locaux, la **malignité** ou la tuberculose hypertrophique cœcale furent envisagées. La présence d'une grosse glande calcifiée faisait pencher surtout pour la seconde hypothèse.

Hemicolectomie droite avec résection de la portion mesentérique correspondant aux adénopathies; anastomose terminolatérale iléotransverse. Evolution post-opératoire normale.

Anatomie Pathologique : La pièce enlevée est formée par le cœcum, le colon ascendant et les trois derniers centimètres iléaux, avec l'appendice et le mésentère; dans ce dernier, trois gros ganglions, dont l'un est gris jaunâtre, très dur, calcifié à la coupe.

Extérieurement, la face antérieure du cœcum et son bord mesentérique autour de l'orifice iléo-cœcal sont nettement gonflés et hyperémiés. L'insertion iléo-cœcle donne extérieurement l'aspect d'une invagination de deux centimètres de profondeur environ, ne pouvant être réduite par traction sur l'iléon. En arrière, il n'y a aucune adhérence. Le reste de la pièce est normal.

Dans le cœcum, on palpe une masse élastique, globu-

leuse, de la grosseur d'un abricot, attachée au niveau de l'orifice iléo-cœcal. La face latérale du cœcum glisse librement sur cette masse.

Il n'y a pas de dilatation iléale, et les parois de l'iléon sont normales au toucher.

En regardant l'intérieur de l'iléon à travers l'orifice colique, une tumeur arrondie, rouge-noirâtre, est aperçue remplissant presque la cavité.

Ouverture le long du bord externe du cœcum et du colon : une tumeur globuleuse, de quatre centimètres de diamètre, est là, dans la position la plus basse et antérieure de la valvule qui est eversée par le développement de la masse dans sa paroi. Le reste de la valvule est normal. La tumeur est douce au toucher et très certainement kystique; la lumière de l'orifice est obstruée en partie par la masse qui est appendue à la valvule, mais la communication iléo-cœcale persiste.

Une petite ouverture de 3 millimètres de diamètre est située au sommet du kyste, ouverture qui mène à l'intérieur de la cavité.

A l'intérieur du kyste apparait un gros fecalome noirâtre et dur. Le kyste est limité par une muqueuse normale, sauf à son sommet où celle-ci est amincie. La paroi kystique est anormalement épaisse à sa base (6 mm). Pas de sphacèle.

Anatomie microscopique : Une coupe de la paroi du kyste montre deux couches de muqueuse de l'intestin grêle : une limitant le kyste à l'intérieur et l'autre le recouvrant.

De simples glandes en tubes (gl. de Lieberkühn) qui ne pénètrent pas dans la muscularis mucosœ sont vues dans les deux couches. Il y a des cellules cylindriques et pavimenteuses et à la base de la dépression glandulaire on trouve de nombreuses cellules granuleuses (cellules de Paneth) caractéristiques de la muqueuse iléale.

Des anneaux de fibres musculaires circulaires sont vus seulement à la base du kyste. La couche sous muqueuse est plus développée vers l'apex. Dans celle-ci, on trouve

de nombreux vaisseaux sanguins, d'espaces lymphatiques et de follicules lymphoïdes. On trouve une infiltration plasmocytaire marquée à la base du kyste.

Histologie d'un ganglion mesentérique : Après décalcification du ganglion calcifié, la coupe montre une petite aire de tissu lymphoïde normal. La plus grande partie du ganglion est occupée par du tissu conjonctif hyalin dense, entourant des plaques de tissu précédemment calcifié. Pas de formation tuberculeuse ou de cellules géantes présentes.

Traitement

En l'état actuel de la technique opératoire, le problème thérapeutique ne paraît guère difficile à résoudre, si le problème clinique l'a été.

On doit rechercher toujours l'intervention **minima.**

Le mode opératoire est donc différent suivant le moment où le malade est conduit au chirurgien.

Ici, comme dans les chapitres précédents, deux cas sont à envisager : le malade est vu à la période de tumeur simple, ou bien le chirurgien est en présence d'une complication.

L'opportunité d'une intervention à froid est considérable; de plus, chez ces malades, la résistance organique est souvent intacte, les meilleures conditions sont réalisées, et le résultat s'en est trouvé toujours favorable.

On interviendra sous anesthésie générale à l'éther sous rachianesthésie.

I. TUMEUR SIMPLE

Le diagnostic n'a pas été porté le plus souvent. On opère alors pour une appendicite, et on fait une incision de 10 cm., légèrement courbe, à un doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, qui en marque le milieu. Après incision de la peau, de l'aponévrose du grand oblique, section du petit oblique et du transverse, incision du fascia transversalis et du péritoine, on relève la nappe épiploïque. L'appendice recherché et découvert, parfois enflammé, parfois sain, est reséqué. L'examen du cœcum montre alors à la palpation une tumeur mobile, intracœcale; on élargit l'ouverture de la paroi et on extériorise le cœcum, après section du ligament parieto-cœcal si cela est nécessaire. On pratique alors une incision longitudinale de la paroi antérieure du cœcum, et après son ouverture, on recherche la zone d'implantation de la tumeur.

L'aspect limité de la tumeur, sa consistance, la muqueuse qui la recouvre sont des témoignages en faveur de la bénignité.

a) Clivage de la tumeur.

Le clivage sera donc toujours tenté, après incision de la muqueuse. S'il a été possible, après suture de la muqueuse, on referme la brèche intestinale en deux plans et on pratiquera la fermeture de la paroi sans drainage.

L'examen histologique sera toujours fait soigneusement.

b) Résection iléo-colique.

Si la base de la tumeur de la valvule est infiltrée ou enflammée, et que le clivage s'avère impossible, si la suture de la muqueuse par suite de sphacèle de celle-ci doit être difficile, il est alors indiqué de faire une résection iléo-colique mais cette résection, puisque la bénignité de la tumeur est déjà présumée, doit être une résection iléo-colique minima : la section du colon étant faite très au-dessous de l'angle droit, l'anastomose bout à bout iléo-colique est facile.

Pour résumer, dans ces cas de tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale, en dehors des complications, un traitement s'impose d'abord, le **clivage de la tumeur et son excision.** Sinon il faudra faire une **résection iléo-cœcale avec anastomose bout à bout.**

II. TUMEUR COMPLIQUEE

En présence d'un syndrome occlusif, même lorsque le clinicien a pu localiser la région où porte l'occlusion, il sera préférable de faire une laparatomie médiane sous ombilicale.

a) Occlusion sans invagination.

Après avoir recherché le cœcum, et l'avoir examiné, s'il n'y a pas d'invagination, on retrouve la tumeur, comme dans le cas précédent, à l'intérieur du cœcum. Mais l'iléon est distendu, augmenté de volume.

Si la partie iléale a conservé sa vitalité, on tente l'excision et le clivage de la tumeur, sinon il faudra reséquer cette portion intestinale et en même temps le cœcum e la tumeur; on fait alors ici également une **suture iléo-colique basse termino-terminale.**

b) **Invagination.**

Dans ce cas, le chirurgien a senti la masse invaginée avant la laparatomie. Celle-ci faite, il va directement à sa recherche et extériorise cette masse.

Bien que l'invagination soit le plus souvent chronique, il doit tenter une désinvagination par **expression** : elle est encore parfois possible... S'il peut la réduire, sans aucune traction, il se retrouve devant le cas de tumeur simple et agit comme pour celle-ci, si l'examen de la paroi « dégainée » est satisfaisant. S'il peut exciser la tumeur après cœcotomie, il referme ensuite la paroi intestinale et après cœcopexie, la paroi abdominale.

Si, par contre, les parois « doublées » sont adhérentes et qu'il ne puisse désinvaginer, il ne peut envisager, tant que l'état général du patient le permet, que deux éventualités :

— la **résection en masse du segment invaginé** avec anastomose termino latérale iléo-transverse, si la gaine du boudin d'invagination présente des lésions.

— la **résection du boudin à travers une fente de la gaine** avec suture des deux parois de celui-ci,

au niveau de la section, puis fermeture de la gaine.

En examinant la pièce ainsi enlevée, on retrouve la tumeur à la tête du boudin d'invagination.

Le traitement, dans ces deux dernières éventualités, ne diffère donc pas de celui d'une invagination irréductible, de quelque cause qu'elle soit.

Conclusions

I. — Les tumeurs bénignes de la valvule iléo-cœcale sont d'une grande rareté; l'âge auquel on a pu les découvrir le plus souvent est l'âge moyen de la vie.

II. — Ces tumeurs sont toujours des tumeurs sous-muqueuses; leur histologie est variable, leur pathogénie peu connue. (Il faut faire une exception pour les enterokystomes qui sont congénitaux et qui se manifestent par une symptomatologie à évolution rapide d'invagination aiguë, survenant classiquement chez le nouveau-né ou le nourisson).

III. — Leur symptomatologie est imprécise, le clinicien doit s'attacher aux moindres signes. Ces tumeurs peuvent avoir une longue existence latente, et ne donner pendant longtemps aucun signe digestif.

IV. —La Radiologie précise souvent le diagnostic, et dans ce cas le siège de la tumeur.

V. — La grande complication d'une tumeur bénigne de la valvule de Bauhin est l'**invagination** chronique.

VI. — La précocité du diagnostic est très importante : elle évitera l'opération, toujours plus grave et plus importante, au stade tardif d'ingination.

VII. — La difficulté de ce diagnostic est extrême : c'est toujours devant la pièce anatomopathologique que le diagnostic a pratiquement été fait jusqu'à présent. Tout au moins faut-il porter l'indication opératoire précoce.

VIII. — L'intervention chirurgicale, aussi limitée que posible, guérit définitivement ces malades.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
P. FABRE.

Vu : *Le Doyen,*
CALVET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 4 Mai 1948,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Bibliographie

Binney. — Granulome non spécifique de la région iléo-cœcale (Annals of Surgery, Oct. 1935).

Bonnamour, Duplan, Magnard (Lyon). — Mécanisme de l'invagination intestinale de l'adulte par les tumeurs bénignes de l'intestin. (Journ. de Méd. de Lyon n° 303, 1932).

Brechot. — Notes sur les lipomes de l'intestin (Progrès Médical, 1920, n° 50, p. 539).

Dénis R. et Colson P. — Invagination iléo-cœcale par tumeur bénigne de la valvule de Bauhin. (Lyon-Chirurgical, t. XXXI, 1934, p. 254 à 257).

Derocque. — Les lipomes sous-muqueux de l'intestin (Journal de Chirurgie, 1924, 2 p. 163).

Desmarest E. — A propos des tumeurs de la valvule iléo-cœcale. (Le Documentaire Médical, mars 1939, p. 11).

Didier R. — Lipomes du Cœcum (Archives médicales de l'App. Digestif. 1938., t. 28, p. 1074-1075).

Eritch. — Un cas de lipome intestinal. (Journ. de Chirurgie, février 1911).

Ewing. — Myoma in the Intestin (Neoplastic Diseases, Chicago, 1919, p. 212).

Farmer V. — Polyposis of small and large Boffel (J. M. Soc. New-Jersey, 29, p. 463-468, june 1932).

Faure J. L. et Desplas B. — Fibrome pur du Cœcum (Presse Médicale, 1913, n° 72, p. 721-722).

Fleiner. — Tumeur iléale au voisinage de la valvule iléo-cœcale (Wirchows Arch. für pathol. Anat. 1885, T.C.I., p. 496).

Heurtaux (Nantes). — Myomes de l'intestin (Arch. prov. de chir. n° 4, p. 189-207, Avril, 1896).

— Tumeurs bénignes de l'Intestin (Arch. prov. de chirurgie, p. 701-712, 746-756, 1899).

Kosemayer. — Invaginations intestinales par tumeurs (Deutsche Zeitsch, für chir. CXVIII. 1912, p. 205-269).

Lapeyre N. C. et Cros Cl. — Fibromes du Cœcum (Journal de Chirurgie, t. 61, n° 7-9, p. 172-178, 1945).

Mirolle A. (Pise). — Contribution à l'étude des lipomes sous-muqueux et sous-séreux de l'Intestin (Archivio Italiano di Chir., t. XXIV, fasc .5).

Paucot H. et Tison P. — Volumineux fibromyome du cœcum (Bull. de la Société d'Obstétrique de Paris, p. 294-296, Avr. 1936).

Pellizari. — Tumeur bénigne de la région iléo-cœcale. (Soc. Med. fysica florentina. — Central blatt für chir. 1875).

Raiford T. S. — Tumeurs de l'Intestin grêle. (Arch. of. Surgery vol. 25, n° 2, Août 1932).

Santy. — Tumeur bénigne de la valvule iléo-cœcale (Lyon Chirurgical 1925, p. 888).

Steiner. — Tumeurs du Tube digestif (Brüns Beitr. Klin. chirurg., t. XXII, p. 1, 1898).

Theis F. V. (Chicago). — Iléo-cœcal enterocystoma producing partial intussusception. (Annals of Surgery, 1928, p. 676-683).

Dép. lég. 2e trim. 1948. Aa 80.

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières